



UNIVERSITÀ DI PISA

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
Direttore Prof. Mario Petrini

Dipartimento di Patologia Chirurgica, Medica, Molecolare e
dell'Area Critica
Direttore Prof. Paolo Miccoli

Dipartimento di Ricerca Traslazionale e delle Nuove Tecnologie
in Medicina e Chirurgia
Direttore Prof. Giulio Guido

CORSO DI LAUREA SPECIALISTICA IN SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTETRICHE

Il Trasporto Secondario in Urgenza Un' Ipotesi Organizzativa

RELATORE
PROF. NICOLA PAGNUCCI

CANDIDATO
FRANCHI FEDERICA

Anno Accademico 2012/2013

Diceva Florence Nightingale:

“...un trasporto soddisfacente di ammalati e feriti, è il primo requisito per salvare loro la vita”

.....e tutto ebbe inizio più o meno da qui.

INDICE

INTRODUZIONE

Capitolo 1

IL TRASPORTO SANITARIO IN URGENZA

Capitolo 2

LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

2.1 La Normativa regionale

Capitolo 3

MANCANZA DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

3.1 casi di malasanità

Capitolo 4

ORGANIZZAZIONE DEL TRASPORTO

4.1 Caratteristiche e responsabilità

4.2 Classi di Rischio

4.3 I mezzi

4.4 Prevenzione degli errori.

4.5 Formazione

4.6 Il paziente

Capitolo 5

IL TRASPORTO INTEROSPEDALIERO

5.1 Personale

5.2 Considerazioni generali

5.3 Riduzione dei rischi correlati

Capitolo 6

PROTOCOLLI PRESENTI AUSL 12 VIAREGGIO

Capitolo 7

EPISODI CHE FREQUENTEMENTE SI VERIFICANO

Capitolo 8

PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

8.1 Scopo

8.2 Modalità Operative

8.3 Risultati attesi

8.4 Risorse

8.5 Rispetto delle normative di sicurezza

8.6 Risorse strumentali

8.7 Risorse finanziarie

Capitolo 9

MONITORAGGIO DELL'EFFICACIA E DELL'EFFICIENZA DEL PROGETTO

9.1 Indicatori

9.2 Raccolta dati

Capitolo 10

DESCRIZIONE DELLE FUNZIONI

Capitolo 11

PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Capitolo 12

DOCUMENTAZIONE CLINICA

12.1 Consenso Informato

Capitolo 13

ATTIVAZIONE DEL TRASPORTO

13.1 Allegati

Capitolo 14

CONCLUSIONI

Capitolo 15

RINGRAZIAMENTI

Capitolo 16

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

Il paziente critico è colui che a causa di grave compromissione di uno o più organi e/o apparati, deve dipendere da strumenti di supporto delle funzioni vitali, e/o da monitoraggio e/o terapie avanzate.

Per tale motivo frequentemente, una volta espletate il soccorso primario e l'ospedalizzazione per la stabilizzazione definitiva, il paziente può richiedere un passaggio ad un livello di cura più alto che presuppone un trasporto, secondario assistito e protetto.

Il trasporto secondario del paziente critico, è una fase particolarmente delicata dell'assistenza che può essere fornita dal personale Sanitario del Sistema di Emergenza Territoriale, da Volontari delle Associazioni di Volontariato e dai Sanitari Ospedalieri.

Numerosi studi dimostrano che senza un'adeguata organizzazione e preparazione, i pazienti critici trasportati, subiscono frequentemente ulteriori danni: il trasporto rappresenta un periodo di potenziale instabilità clinica del paziente con aumento della morbidità e mortalità.

Fino al 70% dei trasporti presentano eventi indesiderati quali:

- variazione della frequenza cardiaca
- ipo/ipertensione;
- ipossiemia significativa;
- aritmie;
- ipo/ipercapnia;
- aumento della pressione intracranica;

- arresto cardiaco.

L'obiettivo fondamentale del trasporto di un paziente critico, consiste nel mantenere un livello qualitativo di assistenza almeno pari a quello di una Rianimazione/ Terapia Intensiva o di una Emergency Room di un Pronto Soccorso.

Il rischio di insorgenza di complicanze ed incidenti è direttamente proporzionale al tempo di permanenza al di fuori dell'ambiente ospedaliero, aggravato ovviamente dalle variabili legate al trasferimento a bordo di un mezzo in movimento.

Indipendentemente dalla tipologia del trasporto, ci sono momenti e criteri generali comuni sia nella fase organizzativa che in quella di esecuzione vera e propria.

Occorre quindi che il personale sanitario e non, coinvolto in un trasporto, abbia comportamenti omogenei, modulabili secondo il livello di competenza affinché il lavoro d'equipe sia armonico e automatico.

Questo obiettivo di *massima garanzia assistenziale*, può essere ottenuto solo mediante un' organizzazione ottimale delle risorse umane e tecnologiche supportate da protocolli specifici che possano favorire la prevenzione degli errori i più comuni dei quali derivano da mancata dimestichezza e applicabilità di procedure.

1.IL TRASPORTO SANITARIO IN URGENZA

Il trasferimento sanitario d'urgenza è un momento delicato, che richiede i giusti accorgimenti affinché avvenga nelle migliori condizioni di garanzia nei confronti del malato e del personale che vi è adibito. Spesso è al centro della cronaca dei cosiddetti casi di “malasanità” ed è quindi una delle “spie” che ci permettono di capire la bontà dei processi organizzativi e comunicativi di una organizzazione sanitaria.

La conoscenza e la valutazione dei fattori di rischio collegati alle diverse tipologie di trasporto sanitario consentono di attuare una gestione efficace e sicura dei pazienti che devono essere trasportati.

2.LE RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI

Strumento metodologico di supporto a tutti gli operatori sanitari nella prevenzione dell'evento sentinella *“Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero).”*

Raccomandazione n. 11, Gennaio 2010

Il trasporto d'urgenza viene altresì classificato in due importanti categorie:

il trasporto sanitario primario ed il trasporto sanitario secondario.

- Il **trasporto sanitario primario o trasporto preospedaliero** è volto al trasferimento di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia acuta e dell'infortunio alla struttura sanitaria.
- Il **trasporto sanitario secondario o interospedaliero** è il trasporto di pazienti in continuità di soccorso da una struttura di livello assistenziale inferiore ad una superiore, ad esempio, il trasferimento verso strutture per l'esecuzione di prestazioni diagnostiche o terapeutiche di particolare complessità, come nel caso di trasferimento da una struttura *spoke* ad un *hub* della rete assistenziale.

Mentre nel primo caso esiste un corposo impianto di leggi nazionali e regionali (istituzione Servizio Sanitario Emergenza Urgenza “118”, ARES Agenzie Regionali Emergenza Sanitaria, ecc.), non esiste una legge nazionale che disciplini uniformemente e nel dettaglio il trasferimento secondario. Inoltre ogni ambito territoriale impiega risorse differenti, in base anche all'architettura del sistema d'emergenza locale (utilizzo di mezzi e personale proprio della struttura ospedaliera, mezzi forniti in regime di convenzione con personale di accompagnamento dell'UO, mezzi e personale interamente messi a disposizione dal sistema d'emergenza SSUEm “118”, eventuale coinvolgimento attivo della Centrale Operativa Emergenza Urgenza, ecc). Ogni azienda ospedaliera o istituto di cura, dovrebbe avere una propria organizzazione in materia, per evitare situazioni di rischio che coinvolgano il malato e gli operatori sanitari.

2.1 LA NORMATIVA REGIONALE (REGIONE TOSCANA)

Preambolo

La Giunta regionale

Visto l'articolo 117, comma sesto della Costituzione;

Visto l'articolo 42 dello Statuto;

Vista la legge regionale 24 febbraio 2005 n. 40 (Disciplina del servizio sanitario regionale) ed in particolare l'articolo 76 undecies;

Vista la legge regionale 22 maggio 2001, n.25 (Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sull'attività di trasporto sanitario);

Visto il parere del Comitato tecnico di direzione espresso nella seduta del 10 novembre 2011;

Visto gli ulteriori pareri delle competenti strutture di cui all'articolo 16, comma 4 del Regolamento interno della Giunta regionale n. 2 del 15 novembre 2010;

Considerato quanto segue:

1. a seguito della pronuncia della Corte di Giustizia, la Regione Toscana ha ritenuto opportuno procedere ad un riordino dell'organizzazione del sistema sanitario di emergenza urgenza, mediante l'approvazione della legge regionale 30 dicembre 2010 n. 70 recante "Modifiche alla legge regionale 24 febbraio 2005, n. 40 ed alla legge regionale 22 maggio

2001, n. 25 in tema di riorganizzazione del sistema sanitario di emergenza urgenza”;

3. è opportuno procedere ad una puntuale definizione dell’attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza anche per individuare con maggior precisione l’ambito di applicazione della presente normativa;

4. è opportuno individuare requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi necessari per garantire un servizio di emergenza urgenza sicuro, capillare, efficace ed efficiente e che dia garanzia di continuità ventiquattro ore al giorno su tutto il territorio regionale;

5. è opportuno che la Giunta regionale individui il fabbisogno economico complessivo da destinare al trasporto sanitario di emergenza urgenza sulla base del budget complessivo

relativo ai servizi che si intendono erogare, calcolato tenendo conto degli indirizzi definiti dalla Conferenza regionale permanente e dei costi dei servizi medesimi.

Inoltre segue.....

Art. 2

1. Con riferimento a quanto disciplinato dall’articolo 76 quater della l.r. 40/2005, sono oggetto di applicazione del presente regolamento le attività di trasporto sanitario di emergenza urgenza riferite:

a) ai servizi di trasporto di emergenza urgenza, di cui all’articolo 76 quater, comma 1, lettera a) della l.r. 40/2005, sia primari, trasporti dal luogo dell’evento al presidio ospedaliero, sia secondari, trasporti inter ed

intra-ospedalieri, effettuati tramite autoambulanze con personale sanitario e/o altro personale adeguatamente formato per le attività connesse all'assistenza sanitaria, secondo quanto previsto della disciplina vigente, gestiti dalla centrale operativa territorialmente competente con codice colore di gravità dell'evento stabilito dalla centrale operativa medesima mediante l'utilizzo di codifiche e terminologie standard sottoposte a periodiche revisioni;

b) ai servizi di trasporto sanitario previsti nei livelli essenziali di assistenza (LEA), di cui all'articolo 76 quater, comma 1, lettera b) della l.r. 40/2005, ossia a quei trasporti che il servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, ivi compresi a quelli di pazienti fra presidi ospedalieri ed a quelli per dimissione dai presidi ospedalieri medesimi, purché ne sia stata certificata dal medico della struttura ospedaliera, in relazione alle specifiche condizioni cliniche del paziente, la necessità di effettuare tali tipi di trasporto tramite autoambulanza, garantendo l'assistenza sanitaria durante il tragitto;

c) ai servizi di trasporto di emergenza urgenza, di cui all'articolo 76 quater, comma 1, lettera c) della l.r. 40/2005, per i quali sussistono tutte le seguenti condizioni:

1. il medico abbia certificato la necessità di utilizzo dell'autoambulanza del sistema sanitario;
2. il medico abbia certificato la necessità di fornire nel corso dell'intero tragitto l'assistenza sanitaria tramite il personale di cui alla lettera a), al

fine di non interrompere un percorso assistenziale-terapeutico già stabilito ed intrapreso da altro personale sanitario che abbia interagito con il paziente e ne abbia opportunamente stabilito anche le successive necessità cliniche ovvero sia necessario garantire un immediato intervento salvavita in relazione ai collegamenti radiotelefonici esistenti con la centrale operativa territorialmente competente.

3.MANCANZA DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE

3.1 CASI DI MALASANITÀ

Dalla rassegna stampa di SOS infanzia.com 15/08/2010. Polistena, “Allucinante odissea di due emigrati”. “Un rosario di ritardi e disservizi fino al decesso della figlioletta”. “La Polizia è stata incaricata di accertare i motivi per cui la bimba sia rimasta ferma in pronto soccorso per diverse ore e se risponda al vero il fatto che a lungo è stato tentato di recuperare, ma senza fortuna, un'ambulanza del servizio di emergenza 118”.

Dalla rassegna stampa del sito Associttadini.org 04/11/2011 “Morto per una ferita al piede, assolti tre medici del pronto soccorso”. Il Pm: “E’ un caso di malasanità”..... “Viene portato in ambulanza all’ospedale di Montefiascone per mancanza di letti disponibili”..... “Un trasporto che avrebbe accelerato il decesso....”

Dal sito Repubblica.it. Palermo, 31/08/2008. “Donna muore di parto”....“Non c'era posto in ospedale”....”Una donna in attesa di partorire è morta dopo aver passato oltre tre ore tra ambulanze e barelle, trasportata da un ospedale all'altro per mancanza di posti.”

Articolo pubblicato sulle news di “Italia chiama Italia” 23/11/2006.

Sicilia: “In corsa verso la morte”.... “Sette ore in ambulanza, da un ospedale all'altro”.... “Un uomo è morto d'infarto cercando un letto in rianimazione”.

21/01/2007, Lamezia Terme (Adnkronos/Ign) - Ancora una tragedia che coinvolge la sanità in Calabria. “... il caso di una neonata morta nel corso del trasporto in ambulanza. La piccola è deceduta per un'insufficienza respiratoria acuta sul mezzo di soccorso durante il viaggio dall'ospedale di Corigliano a quello di Cosenza”.

Questi sono solo alcuni dei casi finiti davanti al giudice per presunta malasanità. Purtroppo gli anni trascorrono, ma questi episodi continuano ad accadere.

Un'altra “spia” che ci conferma quanto il trasferimento secondario sia un momento delicato, la si può trovare leggendo tra le pubblicazioni on-line di CINEAS (Consorzio Universitario per l'Ingegneria delle Assicurazioni). Tra i titoli proposti si trova questo: “Quando l'errore entra in ospedale. Risk-management: perché sbagliando s'impara. Le mappe del rischio, i costi, le soluzioni”. Tra i comportamenti ritenuti a

maggior rischio d'errore si legge: "Pazienti trasferiti da un'altra struttura che si rivelano più gravi del previsto".

4.ORGANIZZAZIONE DEL TRASPORTO

4.1 CARATTERISTICHE E RESPONSABILITA'

Per quale motivo si trasferiscono pazienti da un ospedale all'altro?

Questa modalità di trasporto può avvenire per svariati motivi:

Mancanza di posti letto: l'ospedale accettante non è in grado di ricoverare il paziente poiché, pur disponendo delle idonee tecnologie, non ha disponibilità di posti letto.

Competenza specialistica: quando il paziente deve essere trasferito in un altro ospedale perché necessita di trattamento specialistico non disponibile nell'ospedale dove è degente .

Accertamenti diagnostici, consulenze, terapie: il paziente viene trasportato ad un altro ospedale e quindi rientra all'ospedale dove è degente, senza che vi sia un trasferimento. Prosecuzione cure: quando il paziente, terminate le esigenze di cure specialistiche, viene trasferito in un altro ospedale per continuare le cure non specialistiche. Su richiesta dell'utente: l'utente desidera essere trasferito, per motivi personali, in un altro ospedale. Nei primi tre casi, qualora le condizioni cliniche del paziente fossero instabili, si può configurare il cosiddetto "trasferimento

secondario d'emergenza" (o protetto) e richiedere il mantenimento di un'assistenza adeguata durante tutto il periodo del trasporto, dalla presa in carica del paziente fino all'arrivo al centro di destinazione. Fondamentale importanza riveste la prevenzione delle possibili complicanze e capacità di affrontare con efficienza eventi patologici imprevisti.

4.2 CLASSI DI RISCHIO

Nella letteratura internazionale ci si può riferire alle classi di rischio rispetto al trasporto dei pazienti critici (classificazione di Eherenwerth):

CLASSE I e II:

- . Il paziente richiede raramente il monitoraggio dei segni vitali,
- . non ha bisogno di una linea venosa,
- . non richiede somministrazione di ossigeno,
- . non viene trasferito in terapia intensiva,
- . non è richiesta la presenza del medico durante il trasporto.

CLASSE III

- . Il paziente richiede il frequente il monitoraggio dei segni vitali,
- . ha bisogno di una linea venosa,
- . non è necessario un monitoraggio invasivo,
- . può essere presente compromissione dello stato di coscienza,
- . può essere presente lieve o modesto distress respiratorio,
- . richiede la somministrazione di ossigeno,
- . è ammesso in terapia intensiva,

- . ha un punteggio nella scala di Glasgow maggiore di 9,
- . è richiesta la presenza del medico durante il trasporto.

CLASSE IV:

- . Il paziente richiede intubazione tracheale,
- . richiede supporto ventilatorio,
- . ha bisogno di una o due linee venose o di catetere venoso centrale,
- . può essere presente compromissione dello stato di coscienza,
- . può essere presente distress respiratorio,
- . richiede la somministrazione di ossigeno,
- . richiede la somministrazione di farmaci durante il trasporto,
- . è ammesso in terapia intensiva,
- . ha un punteggio della scala di Glasgow inferiore a 9,
- . è richiesta la presenza del medico anestesista-rianimatore durante il trasporto.

CLASSE V:

- . Il paziente non può essere stabilizzato,
- . richiede monitoraggio e supporti vitali invasivi,
- . richiede terapia durante il trasporto,
- . trasporto a carico del rianimatore.

È logico che nel gestire un paziente di classe IV e V, il solo medico si troverebbe in difficoltà ed è auspicabile la presenza di un infermiere per le attività di specifica competenza, mentre per le classi I e II si può prevedere la presenza del solo infermiere, se non ci sono rischi che la

patologia evolva in breve tempo. È altrettanto ovvio che nessuno si può improvvisare esperto in trasferimenti su mezzi di soccorso, senza una specifica formazione e la giusta conoscenza del funzionamento delle apparecchiature impiegate.

4.3 I MEZZI

Le ambulanze, di che tipo devono essere? Per quanto riguarda il tipo di ambulanza da utilizzare, ci si riferisca alle leggi: MINISTERO DEI TRASPORTI Decreto 17 dicembre 1987 n. 553 Gazzetta Ufficiale n. 13 del 18/1/1988 Normativa tecnica e amministrativa relativa alle autoambulanze. MINISTERO DEI TRASPORTI E DELLA NAVIGAZIONE - DECRETO 5 novembre 1996 Normativa tecnica ed amministrativa relativa agli autoveicoli di soccorso avanzato con personale medico ed infermieristico a bordo. GU n. 268 del 15-11-1996. Leggi regionali in materia di trasporto sanitario e standard di accreditamento delle strutture sanitarie. Molta attenzione deve essere posta nella richiesta del giusto tipo di autolettiga, che per pazienti critici deve essere di classe “A” secondo la vigente classificazione e cioè adatta all’urgenza emergenza con dotazione tecnologica adeguata. Oltre alla dotazione di base è doveroso ricordare che un mezzo del genere deve assicurare la possibilità di monitoraggio continua della traccia elettrocardiografica, defibrillazione cardiaca, materiale per il controllo avanzato delle vie aeree (materiale per intubazione e respiratore automatico) e principali

farmaci d'emergenza. In selezionati casi si può rendere necessario ricorrere all'eliambulanza, generalmente coordinata dalla Centrale Operativa del "118" locale o regionale.

Quando nel trasferimento sono coinvolti direttamente gli infermieri della unità operativa dove il malato si trova ricoverato, i problemi si possono ulteriormente complicare. L'organizzazione di questo particolare e delicato momento, che esula dalla "routine" di reparto e sottopone il personale ad un notevole stress, richiede che non ci sia improvvisazione. Non è facile decidere cosa fare, in assenza di protocolli che disciplinino l'utilizzo delle "risorse" umane e tecnologiche. Di fatto un trasferimento di questo tipo sottrae forze, laddove già spesso scarseggiano, creando ulteriori rischi per l'UO che rimane sguarnita di personale sanitario.

In assenza di organizzazione specifica ed in stato di necessità, cosa rischia l'infermiere che rifiuta di partecipare ad un trasferimento d'urgenza ?

Così si pronuncia nel suo libro "Diritto dell'emergenza sanitaria", il magistrato Giuseppe Battarino: "ricovero e trasporto del paziente"

Anche la predisposizione ed organizzazione del c.d. trasporto secondario comporta l'applicazione di criteri e principi della scienza medica; la cattiva pratica in questo ambito può riguardare la scelta in sé e quindi il mancato avvio del paziente presso altro presidio; il ritardo nel trasporto, generato da ostacoli ingiustificati frapposti dai presidi specializzati di destinazione, dovendosi considerare ingiustificati a fronte di

responsabilità tutti quelli determinati da impossibilità oggettiva ed assoluta di ricezione del paziente; l'errata gestione del trasporto dal punto di vista dell'assistenza, nelle ipotesi in cui si sarebbe reso necessario un trasporto assistito da personale sanitario professionale, la cui assenza abbia prodotto la mancanza di interventi necessari sul paziente aggravatosi in corso di trasferimento.

A rafforzare quanto scritto, viene citato l'articolo 328 del codice penale.

328 Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione

1. Il pubblico ufficiale (357) o l'incaricato di un pubblico servizio (358), che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.

2. Fuori dei casi previsti dal primo comma il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 2.000. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa. Se ne evince che rifiutarsi dal prestare assistenza durante un trasporto secondario d'urgenza o ritardarlo, in assenza di protocolli che stabiliscano valide alternative, non è eticamente accettabile e se ne risponde in sede penale. Quindi l'infermiere si deve ispirare, laddove

non esista un'organizzazione dell'evento “trasferimento secondario d'urgenza”, al principio della collaborazione, come indicato nel codice deontologico dell'infermiere:

3.6. L'infermiere, in situazioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità, si mette a disposizione dell'autorità competente.

Ma dice anche:

6.2. L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale.

6.3. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.

6.4. L'infermiere riferisce a persona competente e all'autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l'assistenza infermieristica o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona.

Inoltre così si pronuncia il **Patto infermiere/cittadino**:

PROMUOVERE e partecipare ad iniziative atte a migliorare le risposte assistenziali infermieristiche all'interno dell'organizzazione.

SEGNALARE agli organi e figure competenti le situazioni che possono causare danni e disagi.

Quindi ritardare con un rifiuto un trasferimento urgente motivato, ci espone a grossi rischi. Ma se ravvediamo rischi, carenze o disservizi dobbiamo prontamente segnalarlo (per iscritto, ndr) alla nostra struttura sanitaria d'appartenenza, affinché provveda a darsi una organizzazione migliore. Non ultimo, segnalare alle figure competenti comportamenti professionali inappropriati o violazione delle norme vigenti.

4.4 PREVENZIONE DEGLI ERRORI

Si possono prevenire gli errori?

Come ci ricordano i colleghi Francesco Falli e Gianluca Ottomanelli (“Imparare dagli errori”, dic. 2010 – IPASVI La Spezia) è di fondamentale importanza monitorare gli episodi “sentinella”, cioè evenienze che si verificano in modo del tutto inatteso, ma che rappresentano momenti di criticità del sistema organizzativo di quel presidio ospedaliero. Inoltre un altro aspetto da considerare bene è la carenza di documentazione. Dice un vecchio adagio “cosa non scritta, cosa non fatta” e si adatta bene ad un momento spesso trascurato: la produzione di documenti di viaggio. Un documento di questo tipo dovrà contenere il report dei dati clinici del malato durante il tragitto, il tipo di trattamento applicato, la modalità di trasporto (presidi e/o mezzi d'immobilizzazione applicati), Firma leggibile del medico e infermiere accompagnatori, nonché dell'autista che effettua il trasporto. Tale

documento, predisposto dalla Direzione Sanitaria ed inserito in un protocollo specifico, può fungere da autorizzazione ad allontanarsi dal proprio luogo di lavoro.

Cosa dovrebbe tenere in considerazione un protocollo di trasferimento?

La presenza di linee guida, protocolli e procedure specifiche, che prevedano l'analisi e il corretto impiego delle attrezzature e del personale coinvolto, sono uno strumento indispensabile. Tra le voci da prevedere: chi è responsabile dell'organizzazione del trasporto (Direzione Medica, medico responsabile di UO o di guardia, centrale di 118, ecc), chi trasferisce (tipologia di paziente e relativo impiego di personale medico ed infermieristico, coinvolgimento eventuale di reperibili, ecc), con quale mezzo (automezzi aziendali, in convenzione, della rete d'emergenza/urgenza "118"), per quale motivo (tipologia di malato e complessità di cura) ed il tipo di documentazione da utilizzare. Laddove esista una organizzazione di tipo "hub and spoke", ovvero la concentrazione dell'assistenza a elevata complessità in strutture di eccellenza (centri hub) supportati da una rete di ospedali minori (centri spoke) da cui vengono inviati pazienti oltre una certa soglia di complessità clinico/assistenziale, sarà importante definire i percorsi organizzativi e burocratici migliori per la centralizzazione in rapidità e sicurezza dei malati.

4.5 FORMAZIONE

La formazione che peso può avere? Numerosi gli studi che dimostrano quanto gli errori possano dipendere dalla non dimestichezza con materiale impiegato e procedure sconosciute. È impensabile reperire un mezzo a caso, seppur ben attrezzato, e guarnirlo di personale che non lo conosce per niente, soprattutto se si parla di materiale elettromedicale o d'impiego specifico in determinati campi (ad esempio il materiale da immobilizzazione nei politraumatizzati). Quindi un buon protocollo deve prevedere momenti formativi specifici, che prendano in considerazione le procedure ed il materiale più adatti da utilizzare, anche nel caso di mezzi reperiti, ad esempio, in convenzione. Le riunioni cicliche, meglio se in equipe multidisciplinare, favoriscono il passaggio d'informazioni e contribuiscono ad individuare gli aspetti critici da affrontare. L'inserimento di personale nuovo in questo ingranaggio, dovrebbe avvenire dopo la formazione ed un adeguato tutoraggio iniziale. Nel caso di utilizzo di materiale aziendale, l'uso delle check-list periodiche evita brutte sorprese al momento del loro impiego. Infine, non meno importante, è l'utilizzo di vestiario conforme alle norme antinfortunistiche ed un numero adeguato di Dispositivi Individuali di Protezione DPI, quali: guanti, mascherine, sovracamici, occhiali protettivi o visiere, ecc.

4.6 IL PAZIENTE

Un paziente che necessita di trasferimento può presentare condizioni cliniche differenti:

1 Paziente critico: chi, a causa della grave compromissione di uno o più organi e/o apparati, deve dipendere da strumenti di supporto, monitoraggio, terapia, delle funzioni vitali,

2 Paziente instabile: chi, a causa della propria patologia, presenta insufficienze d'organo che necessitano di terapie atte al mantenimento dei parametri vitali che debbono essere controllate con costante attenzione ma il cui stato clinico può improvvisamente variare spontaneamente necessitando di nuovi interventi.

3 Paziente stabile : colui al quale, pur se affetto da patologie concomitanti, non possa ragionevolmente accadere alcun deterioramento delle condizioni cliniche che lo porti ad essere definibile come paziente critico e instabile .

4 Paziente evolutivo: chi presenta, nelle situazioni descritte ai punti 1 e 3, una patologia che è noto, sulla base della letteratura esistente, lo predisponga a deterioramenti che possono essere in taluni casi prevedibili o potenziali entro un lasso di tempo più o meno lungo.

Ne consegue che il comportamento da tenere varia in funzione delle condizioni su indicate in particolare per quanto riguarda l'attribuzione del corretto team di trasporto a ogni singolo paziente.

La letteratura a disposizione non presenta evidenze scientifiche su un metodo univoco per classificare le necessità dei pazienti che richiedono un trasferimento.

Le uniche classificazioni note ed utilizzate nella pratica clinica anche in Italia sono quella di Eherenwerth²¹ ed il Risk Score for Transport Patients (RSTP) – modificata da Markakis.

La prima evidenza criteri basati sull'osservazione clinica, la seconda si basa su parametri multipli, cui viene assegnato un punteggio che determina uno score finale. Non esistono tuttavia meta-analisi che abbiano verificato l'impatto di tali proposte su un numero di pazienti sufficiente per definire la specificità e la sensibilità di tali classificazioni. Riteniamo quindi che l'integrazione tra le due tabelle permetta di identificare con maggiore sicurezza la criticità del Paziente e la tipologia dell'équipe di trasporto.

TAB 3: EQUIPAGGIO DI ACCOMPAGNAMENTO:

<i>Individuato a cura del Equipaggio medico del reparto responsabile del trasferimento Classe</i>	<i>Competenze richieste</i>
I	Non necessita di personale sanitario
II	Di norma infermiere del BLSD reparto di degenza del paziente

III	<p>Minimo: medico o infermiere del reparto di degenza del paziente (a giudizio del medico)</p> <p>Minimo: BLSD</p> <p>Ideale:ALS per i componenti del team</p> <p>Ideale: Team composto da un medico e un infermiere del reparto di degenza del paziente</p>
IIIe	<p>Team composto da un medico e un infermiere anche non del reparto di degenza del paziente</p> <p>Minimo: BLSD</p> <p>ALS per i componenti del team</p>
IV	<p>Team composto da un medico e un infermiere di norma del Servizio di Anestesia e Rianimazione, in situazioni in cui il fattore tempo potrebbe controindicare l’attesa di personale reperibile è accettabile l’utilizzo del Team previsto per la classe IIIe se disponibile immediatamente</p> <p>Esperienza in area critica.</p> <p>ALS per i componenti del team</p>
V	<p>Team composto da un medico e un infermiere di norma del Servizio di Anestesia e Rianimazione, a causa della possibile non completa stabilizzazione del paziente può essere richiesta la presenza di uno specialista della branca interessata alla patologia di base del paziente (es. pediatra, ostetrico,</p> <p>Esperienza in area critica.</p> <p>ALS per i componenti del team.</p> <p>Esperienza nella branca di competenza per lo specialista aggiuntivo</p>

cardiologo, chirurgo
vascolare etc.)

5.IL TRASPORTO INTEROSPEDALIERO - ASPETTI CARATTERISTICHE

Il trasporto inter-ospedaliero di un paziente viene di norma effettuato per:

- competenza di patologia (Neurochirurgia, Cardiochirurgia, ecc.);
- esecuzione d'indagini diagnostiche non eseguibili nell'ospedale di ricovero (TAC, RMN, Angiografie, ecc.);
- mancata disponibilità di posto letto in Terapia Intensiva;
- avvicinamento ad area di residenza

Per quanto riguarda il trasporto per mancanza di posto letto, deve essere considerato con attenzione il trasferimento pazienti che richiedano nel post operatorio di interventi d'urgenza il ricovero in Terapia Intensiva. L'opportunità di tale procedura, in considerazione anche del coinvolgimento della situazione chirurgica e delle relative complicanze (emorragia in itinere, necessità di reintervento, ecc), deve essere scrupolosamente valutata.

5.1 Personale

Per l'identificazione del livello di trattamento e delle competenze necessarie durante il trasporto e ai fini di guidare in maniera il più possibile omogenea il processo di individuazione del personale idoneo ad effettuare il trasporto, si identificano, sulla base delle classi precedentemente indicate, i criteri per la scelta dell'equipaggio di accompagnamento .

Si intende in tal modo cercare di ridurre il rischio che l'evolutiveità del paziente si presenti ad un equipaggio inadeguato.

Si sottolinea che le valutazioni sull'equipaggio di accompagnamento che vengono di seguito indicate si basano sulle condizioni presenti all'atto della decisione del trasferimento, poiché, allo stato attuale delle conoscenze, non è possibile effettuare previsioni sulla base di dati differenti. Eventuali variazioni dello stato clinico durante il trasporto che determinino una diversa valutazione a posteriori degli equipaggi esulano perciò dai canoni scientifici e rientrano in quelli della casualità.

5.2 Considerazioni generali

L'attuale situazione di formazione del personale ospedaliero italiano nella gestione delle vie aeree e nella RCP avanzata e il ruolo del sistema di emergenza urgenza territoriale 118 nei trasporti secondari è estremamente variegata da Regione a Regione.

Pertanto è possibile che gli equipaggi a disposizione, a seconda della classe di gravità del paziente da trasferire possano appartenere:

Alle Strutture Complesse di Anestesia e Rianimazione,

Ad altre Strutture Complesse o Semplici il cui personale sia in possesso di certificazione nel trattamento avanzato delle vie aeree e in RCP,

Ad altre Strutture Complesse o Semplici il cui personale sia in possesso delle sole certificazioni di base (BLS-BLS-D).

Al Sistema 118 (se presente un Protocollo –Regolamento organizzativo Regionale o locale del Trasporto Inter Ospedaliero).

5.3 Riduzione dei rischi correlati

Nell'ambito della preparazione del trasferimento inter-ospedaliero è essenziale:

Identificare l'ospedale ricevente in relazione alle procedure regionali in atto identificare (nome e cognome) il Collega che accetta telefonicamente il paziente ed il Collega che subentra in turno di guardia (se i contatti telefonici e trasporti avvengono negli orari di cambio turno);

comunicare i tempi stimati di trasporto;

se il paziente è cosciente ed in grado di intendere, **informarlo sulle motivazioni del trasferimento ed ottenerne il consenso scritto**; in caso d'incapacità del paziente, si dovranno informare i parenti più diretti sulle ragioni del trasferimento e tale informazione andrà annotata nella cartella clinica; in caso di minore il consenso va ottenuto dai genitori o da chi esercita la potestà;

informare i parenti sulle motivazioni che inducono ad effettuare il trasporto ed eventualmente avviarli all'ospedale ricevente; non si ritiene consigliabile che i familiari viaggino a bordo del Centro Mobile di Rianimazione (C.M.R.), per motivi di ordine tecnico-sanitario (es. manovre d'emergenza) ed emotivo e psicologico degli stessi; tale regola può essere derogata nel caso di trasporto di minore cosciente o quando sia necessaria la presenza di un tutore per autorizzare successivi trattamenti appena giunti a destinazione; deve essere anche considerato il problema nel numero massimo e della tipologia dei passeggeri assicurati a bordo del mezzo;

raccogliere tutti i documenti clinici del paziente (relazione clinica, esami ematici, radiografie, TAC, ECG, ecc.) che dovranno essere consegnati al Collega dell'ospedale ricevente;

compilare la scheda di trasporto .

Il trasporto inter-ospedaliero viene in genere effettuato con Ambulanza; nel caso di trasporto con elicottero coordinato con la Centrale 118 di riferimento, si dovranno seguire i protocolli indicati dalla Centrale stessa.

- Ambulanza

E' il vettore più frequentemente usato e, se il paziente da trasferire appartiene ad una classe IIIe, IV e V, deve essere attrezzato a Centro Mobile di Rianimazione (C.M.R.) o ad Ambulanza di soccorso equivalente.

L'Ambulanza Centro Mobile di Rianimazione (C.M.R.) deve rispondere ai requisiti previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente, sia in termini d'abitabilità, sia di sicurezza del comparto sanitario e di guida.

A tali normative si rimanda per i dettagli.

N.B. Sarà cura e facoltà dell'equipaggio di trasporto integrare le dotazioni standard del mezzo di soccorso attivato per il trasporto interospedaliero messo a disposizione con tutte le dotazioni ed il monitoraggio ritenuti necessari per la pianificazione e l'esecuzione del trasporto in sicurezza, nell'ottica di continuità dell'assistenza.

In tal senso si incoraggiano i Servizi di Anestesia e Rianimazione, in quanto maggiormente coinvolti nel trasferimento di pazienti ad elevata complessità, a proporre e condividere con la C.O. 118 di riferimento documenti che siano finalizzati alla creazione di Centri Mobili di Rianimazione o di Ambulanze di soccorso equivalenti le cui dotazioni di impianti gas medicali ed elettrici siano idonee e compatibili con le attrezzature utilizzate a bordo e di proprietà dei singoli Ospedali. Tali mezzi potranno essere propri o di proprietà delle Organizzazioni di soccorso/trasporto.

6.PROTOCOLLI PRESENTI AUSL 12 VIAREGGIO

Questa I.O. integra la I.O.di Dipartimento Emergenza Urgenza e Terapie Intensive” Trasporto secondario del paziente critico dal Presidio Ospedaliero ad altra struttura “ nella parte riguardante ciò che avviene all'interno del Pronto Soccorso per la gestione dei pazienti critici ,classe IV e V della classificazione di Ehrenwerth , che necessitano di trasferimento ad altra struttura.

SCOPO:

Garantire al paziente una assistenza infermieristica ,in collaborazione col medico anestesista,da parte del personale operante in Pronto Soccorso in occasione del trasferimento ad altra struttura.

APPLICABILITA':

la seguente I.O è applicata dal personale infermieristico dell'U.O.C. Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso

MODALITA' OPERATIVE:

I pazienti saranno accompagnati ad altra struttura da un medico anestesista coadiuvato dall'infermiere del Pronto Soccorso che ha gestito il caso.

Si rende così vacante una postazione che sarà così ricoperta :

A-(1°scelta) dall'infermiere che lavora nella sala osservazione A (dove i pazienti in attesa di visita rimarranno sotto la responsabilità dell'infermiere referente di triage coadiuvato da un OSS.)

B-(2°scelta) da un infermiere della Medicina d'Urgenza (durante il turno notturno un OSS affiancherà l'infermiere rimasto).

Se durante il periodo del trasferimento arriva in P.S. un altro paziente in Codice Rosso, l'equipe per la gestione di questo sarà composta da: un infermiere ed un medico di P.S.

il secondo infermiere sarà quello non utilizzato nei casi A e B sopra descritti e Un Oss.

CAUSE DI DIFFICOLTA' DI TRASFERIMENTO DA PARTE DEL PERSONALE DEL PRONTO SOCCORSO:

- Altro trasporto di paziente critico in corso
- Presenza contemporanea di più codici rossi

Nei casi sopra descritti l'infermiere referente decide se attivare la reperibilità nelle modalità e negli orari previsti (giorni feriali dalle ore 19 alle ore 07. nei giorni festivi nelle 24 ore)

Nell' eventualità che :

- la reperibilità sia già stata attivata
- il trasporto avvenga nelle ore dove la reperibilità non è prevista

- il numero degli infermieri assenti dal servizio sia maggiore di uno.

l'infermiere e il medico referenti decideranno se richiedere la collaborazione del personale della rianimazione sulla base dei flussi in quel momento presenti in Pronto Soccorso.

ISTRUZIONE OPERATIVA DI INTERFACCIA TRA UOC ANESTESIA E RIANIMAZIONE E UOC MEDICINA DI URGENZA E PRONTO SOCCORSO TRASPORTO SECONDARIO DEL PAZIENTE CRITICO DAL PRESIDIO OSPEDALIERO AD ALTRA STRUTTURA

SCOPO

Lo scopo di questa istruzione operativa è quello di garantire la presenza dell'infermiere in occasione di trasferimenti secondari di pazienti critici dal presidio ospedaliero ad altre Strutture Esterne.

APPLICABILITA'

La presente istruzione operativa viene applicata dal personale infermieristico del Dipartimento Emergenza Urgenza e delle Terapie Intensive

MODALITA' OPERATIVE

La prassi organizzativa ordinaria prevede quanto segue:

I pazienti critici, classe IV e V della classificazione di Ehrenwerth, che giungono al Pronto Soccorso e che necessitano di trasporto assistito, saranno accompagnati ad altra struttura ospedaliera, dall'infermiere del pronto soccorso secondo le modalità previste nella IO specifica.

I pazienti ricoverati in rianimazione o presso altri settori che necessitano di trasporto assistito ad altra struttura, saranno accompagnati dall'infermiere della Rianimazione, secondo le modalità previste nella

**ISTRUZIONE OPERATIVA 01 REV0 TRASPORTO SECONDARIO
DEL PAZIENTE CRITICO DALLA RIANIMAZIONE AD ALTRA
STRUTTURA**

Ciononostante, qualora in una o l'altra delle UU.OO. coinvolte si presentino condizioni del tutto eccezionali che richiedono soluzioni certe e tempestive si attiva la modalità straordinaria di seguito illustrata:

**CAUSE DI DIFFICOLTA' DI TRASFERIMENTO DA PARTE DELLA
RIANIMAZIONE**

-Attivazione contemporanea delle due reperibilità (CAM+PD)

- occupazione di 8/9 posti letto

SOLUZIONE

In questo caso si attiva la richiesta dell'infermiere della Medicina di urgenza e Pronto Soccorso (Triage tel. n°5262) che entrerà in

Rianimazione a supporto dei turnisti in servizio mentre l'infermiere della Rianimazione effettuerà il trasferimento.

CAUSE DI DIFFICOLTA' DI TRASFERIMENTO DA PARTE DEL PRONTO SOCCORSO

-Reperibilità già attivata

-Presenza contemporanea di altro codice rosso

SOLUZIONE

In questo caso si attiva la richiesta dell'infermiere della Rianimazione(tel. n°5280-5274) che entrerà in Pronto Soccorso a supporto dei turnisti in servizio mentre l'infermiere del Pronto Soccorso effettuerà il trasferimento.

In caso di contemporanea emergenza, i medici di guardia della UOC Anestesia Rianimazione e UOC Medicina di Urgenza e Pronto Soccorso dovranno stabilire le priorità d'intervento.

ACRONIMI

CAM:Commissione accertamento morte

PD:pronta disponibilità

7.AUSL 12 VIAREGGIO

Episodi che frequentemente si verificano ...

ALCUNI ESEMPI:

Domenica 12 maggio ore 12.15 Cardiologia

Trasferimento di un paziente intubato alla Neurochirurgia di Cisanello

Richiesta dell'infermiere

Dopo una serie di discussioni (contattato il Coordinatore d'area, il coordinatore infermieristico) sulla competenza infermieristica viene attivata la PD in Rianimazione e parte un infermiere della Rianimazione stessa

Lunedì 13 maggio ore 15.00 Rianimazione

Si presenta la necessità di trasferire un paziente da Livorno alla Rianimazione del Versilia

Trasferimento a carico ASL 12

Richiesta dell'infermiere

In servizio 4 infermieri con 7 pazienti ricoverati, il passaggio a 3 anche temporaneo mette in crisi il rapporto da mantenere infermieri/pazienti

Ancora problemi, ancora discussioni (contattato il Coordinatore d'area, il coordinatore infermieristico), ancora ritardi

Gli infermieri del PS dall'inizio del 2013 hanno effettuato 34 trasporti per complessive 27 ore di servizio sulle ambulanze (una media di due ore a servizio). La stima nell'anno è intorno a 50 trasferimenti. Alcuni trasferimenti si verificano nel turno di notte, gli altri equamente distribuiti sul mattino e pomeriggio.

I trasferimenti afferiscono alle seguenti destinazioni:

NCH Livorno

Centro Ustioni Cisanello

Chirurgia vascolare Carrara

NCH Pisa

Rianimazione Lucca

OPA Massa

PS Carrara

Rianimazione Livorno

E ' sufficientemente evidente che tali situazioni si presentano con una cadenza settimanale e che in ogni caso rappresentano una criticità organizzativa non trascurabile.

A questo scopo, da tempo è stato redatto un progetto (che interessa non solo il DEU ma anche altre Aree soggette a problemi analoghi) che tende al superamento di alcune problematiche, ovvero:

- aspetti di idoneità per il personale infermieristico
- aspetti di competenza
- aspetti normativi ed assicurativi
- aspetti economici
- aspetti organizzativi

Rispetto delle normative di sicurezza

- Tutto il personale operante sul UMR è tenuto al rispetto delle norme previste nel codice della strada (es. utilizzo della cinture di sicurezza e dei giubbotti ad alta visibilità) ed analogamente al rispetto della normativa sec. ex 626/94 e sec. regolamento aziendale in vigore. (es. utilizzo dei DPI)

A tal fine sono presenti n° 2 giubbotti ad alta visibilità, all'interno dello ZAINO di SOCCORSO dell'UMR, da utilizzare da parte degli operatori che fossero sprovvisti di divisa di servizio (es. 118).

Il trasferimento di pazienti presso altre strutture ospedaliere nell'ottica centri spoke e centri hab è, e lo sarà maggiormente, un modello organizzativo in incremento e pertanto si ritiene necessario dotarsi rapidamente di uno strumento operativo utile al superamento di una serie di problematiche e di dubbi che rallentano l'intervento assistenziale o ne

pregiudicano la sicurezza sia per gli utenti che per il personale addetto all'assistenza.

8. PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

Il presente Progetto si pone la finalità di garantire adeguata assistenza agli utenti che necessitano di trasferimento in altra struttura per l'esecuzione di prestazioni di particolare complessità, come nel caso di trasferimento da una struttura **spoke** ad un **hub** della rete assistenziale, con personale infermieristico con competenze specifiche nel settore .

Il trasporto può rendersi necessario in un momento di potenziale instabilità delle condizioni cliniche del paziente che potrà pertanto essere esposto a rischi ulteriori oltre a quelli legati alla patologia di base.

I rischi possono essere minimizzati con un'accurata organizzazione del trasferimento, con un'attenta preparazione clinica del paziente, con l'accompagnamento di personale sanitario qualificato e con un adeguato equipaggiamento tecnico.

8.1 Scopo

- Definire le modalità del passaggio di responsabilità per la prosecuzione delle cure ad un'altra struttura assistenziale, individuando l'infermiere di riferimento.
- Trasferire i pazienti in maniera appropriata presso altre organizzazioni.
- Garantire la continuità delle cure, attraverso la comunicazione standardizzata dei dati clinici dei pazienti trasferiti, includendo le

condizioni cliniche del paziente, le procedure e gli altri interventi eseguiti ed i bisogni di assistenza continuativa del paziente.

- Pianificare il processo di trasferimento del paziente ricoverato, allo scopo di soddisfare le necessità del paziente durante il trasporto.

Il Progetto è destinato al personale infermieristico che, in occasione del **trasporto inter-ospedaliero** viene chiamato , in **assenza di programmazione (la maggioranza dei casi)** ad esplicitare l' assistenza su mezzi di soccorso (ambulanza) .

I servizi stimati (Area Critica-Materno-Infantile- Salute Mentale) sono ritenuti, sulla base dei dati 2011, n° di 150 circa.

Il Progetto si articola, fondamentalmente, in due fasi:

Fase 1: Identificazione di una unità infermieristica (nei tre turni - h 24) nelle U.O. interessate dal Progetto

Fase 2: Documentazione da parte del Medico di Guardia, sulla cartella clinica, della necessità di assistenza infermieristica durante il trasporto extra-ospedaliero con contestuale valutazione delle condizioni del paziente da trasferire, da parte dell'infermiere, per la presa in carico secondo criteri condivisi. (SIAARTI, 31 ottobre 2012 Prot. n. 562/b Documento approvato dal Consiglio Direttivo S.I.A.A.R.T.I).

8.2 MODALITA' OPERATIVE

Fase 1

Il coordinatore infermieristico di ciascuna U.O. identifica , con la modalità che ritiene opportuna (es.: identificazione mediante un simbolo specifico sul turno di servizio pianificato) nella turnazione, una unità infermieristica (dotata dei requisiti indispensabili per l'espletamento del servizio) che, in caso di necessità, è autorizzata lasciare la sede di lavoro per prestare servizio sul mezzo di trasporto (ambulanza).

Nel caso in cui l'equipe infermieristica, gravata dall'assenza improvvisa del collega, non fosse nelle condizioni di supportare il carico assistenziale del momento, può attivare la procedura aziendale “Emergenze Organizzative” cod. 113 , o fare ricorso alla P.D. cod. 003 nel turno notturno feriale/mattino pomeriggio notte nel turno festivo (per la durata dell'assenza del collega).

Fase 2

Il Medico di Guardia dell' U.O. di riferimento, identificata la necessità di assistenza infermieristica, la documenta in forma scritta nella cartella clinica del paziente.

8.3 RISULTATI ATTESI

Fase 1

Adeguate assistenza infermieristica specialistica durante il trasporto

assistito inter-ospedaliero su mezzo di trasporto.

Mantenimento del livello di assistenza infermieristica nella fase di trasferimento come da standard assistenziale durante il ricovero.

8.4 RISORSE

umane:

Personale infermieristico idoneo al servizio, ovvero:

- nessuna prescrizione limitativa da parte del Medico Competente.
- Idoneità specifica per il servizio assegnato

L'infermiere assegnato al servizio utilizzerà il badge (marca presenza in servizio) con apposita causale per registrare l'uscita ed il rientro dal reparto di appartenenza.

- Infermiere provvisto di Brevetto BLS
- Infermiere provvisto di Brevetto ALS (non obbligatorio, ma raccomandato. Ministero della Salute raccomandazione N° 11 gennaio 2010).
- Infermiere con adeguata formazione come previsto dalle specifiche Linee Guida di riferimento.
- L'infermiere svolgerà il servizio attraverso una specifica causale da utilizzare con il Badge magnetico di rilevazione della presenza in servizio.

Strutturali :

Mezzo di soccorso-ambulanza messo a disposizione dal 118

L'idoneità dei mezzi sarà garantita dalle strutture tecniche ed assistenziali competenti.

8.5 Rispetto delle normative di sicurezza

Il personale infermieristico operante sulle ambulanze è tenuto al rispetto delle norme previste nel codice della strada (es. utilizzo della cinture di sicurezza e dei giubbotti ad alta visibilità, calzature idonee), per quanto non espressamente citato si rimanda alle norme vigenti del codice della strada.

Analogamente al rispetto della normativa sulla sicurezza, con particolare attenzione all'utilizzo dei DPI.

8.6 Strumentali:

Durante il servizio l'infermiere dovrà indossare la divisa di lavoro di cui alla comunicazione del servizio SPP aziendale del Presidi sanitari richiesti per la sicurezza del trasportato in relazione alla specifica patologia presente.

8.6 Finanziarie :

Gettone di Euro 100 come di seguito ripartito:

60% all'infermiere che espleta il servizio,

40% agli infermieri dello stesso turno .

E' a cura del Coordinatore Infermieristico di settore , segnalare mensilmente all'Ufficio Stipendi, i nominativi degli aventi diritto al gettone.

9.MONITORAGGIO DELL'EFFICACIA E DELL'EFFICIENZA DEL PROGETTO

9.1 Indicatori

La valutazione dell'efficacia del presente progetto dovrà tenere conto dei seguenti elementi ed indicatori:

- Totale trasferimenti
- Totale trasferimenti a progetto
- Totale trasferimenti medicalizzati/totale trasferimenti
- Totale trasferimenti infermieri/totale trasferimenti
- Orario di trasferimento/ totale trasferimenti a progetto
- Orario trasferimento/mese-totale
- U.O. trasferimenti/totale trasferimenti.

9.2 Raccolta dati:

La raccolta dati in merito all'effettuazione dei trasporti e all'applicazione del presente progetto avviene a cura dei Coordinatori Infermieristici delle U.O. , che provvederanno a cadenza mensile, alla trasmissione al

Coordinatore Infermieristico d'Area , al fine di procedere alla loro elaborazione ed agli atti conseguenti .

I risultati, saranno utilizzati al fine di valutare l'efficacia.

Strumenti:

Si ritengono strumenti utili alla rilevazione:

- statistica annuale
- scheda di rilevazione problematiche

10.DESCRIZIONE DELLE FUNZIONI

Indicazioni per le UU.OO che richiedono il trasporto

Richiesta di trasferimento

La richiesta di trasferimento è formulata dall'U.O richiedente e viene trasmessa all'Uoc di Pronto Soccorso (allegato1).

La gestione del trasferimento delle classi Ehrenwert I-II è affidata all'U.O richiedente.

L'accompagnamento programmato o in urgenza dei pazienti delle classi Ehrenwert I-II è predisposto dalla u.o.di competenza la quale provvede con proprie risorse

Mediche ed infermieristiche .

Il medico che ha in carico il paziente da trasferire, definisce le classi di appartenenza di esso.

Qualora il medico che dovrà accompagnare il paziente nel trasferimento non coincida con quello che ha in carico il paziente, l'assistenza durante il trasporto verrà garantita dal medico competente per patologia o patologia affine.

La richiesta di ambulanza deve essere formulata dal Medico dell'U.O. richiedente all'UOC di Pronto Soccorso, su apposito modulo di richiesta (allegato1).

Hanno sempre priorità i trasferimenti di pazienti che necessitano del medico (o equipe medica) a bordo.

L'attivazione delle figure professionali mediche per il trasporto è a carico del medico richiedente.

Nel modulo di richiesta devono essere evidenti i seguenti dati:

- urgente
- medico che dispone il trasferimento
- Generalità completa del paziente
- Data ora e destinazione del trasferimento
- Classificazione di Ehrenwerth
- autorizzazione

11.PREPARAZIONE DEL PAZIENTE

Il paziente deve essere adeguatamente preparato per il trasporto; la preparazione e i presidi da applicare devono coerentemente al quadro clinico, alle classi di rischio sopraesposte, al tempo di trasporto ed ai protocollo e procedure in uso (es. percorso ictus). La responsabilità di questo processo è dell'infermiere della U.O. che ha in carico il paziente.

12. DOCUMENTAZIONE CLINICA

La documentazione clinica (tac, rmn quadro clinico esami ematochimici) del paziente deve essere completa e seguire il paziente stesso, fatta eccezione per eventuali accertamenti in corso dei quali sia possibile il successivo invio/comunicazione : fotocopia della documentazione clinica e diagnostico strumentale eseguita in possesso del reparto inviante , preferibilmente ove possibile in formato telematico.

Il medico e l'infermiere che accompagnano il paziente sono tenuti alla compilazione della scheda di accompagnamento in duplice copia (vedi allegato3). Di cui una copia, parte integrante della documentazione clinica, deve seguire il paziente. La seconda copia deve ritornare alla struttura di provenienza del paziente.

12.1 CONSENSO INFORMATO

Il paziente deve essere informato della necessita di effettuare il trasferimento presso altra sede e deve firmare il modulo di consenso informato(allegato 2)

13. ATTIVAZIONE DEL TRASPORTO

L'attivazione del trasporto deve avvenire dopo che siano stati presi precisi accordi tra medico inviante e medico ricevente ed a iter diagnostico terapeutico concluso, per la parte di competenza. Nella documentazione clinica e nell'allegato 3 deve essere chiaramente evidente il nominativo del medico accettante e la struttura accettante (Ospedale U.O.).

L'attivazione de personale deputato al'accompagnamento del paziente deve essere finalizzato al contenimento dei tempi e non deve ritardare in nessun modo il trasferimento.

Il medico (Ehrenwerth III-V) o l'infermiere (Ehrenwerth I-II) responsabile del trasporto prima della partenza dall'ospedale,devono eseguire un preciso bilancio delle condizioni del paziente, trascrivendo il tutto sul diario clinico o nella modulistica infermieristica, al fine di garantire una stabilizzazione il piu possibile ottimale dei parametri emodinamici e respiratori. Durante il viaggio di trasferimento tutti i dati

relativi al monitoraggio del paziente devono essere annotati sull'apposito modulo (allegato 3).

Allegato 1

RICHIESTA DI TRASPORTO

Data _____

u.o. richiedente.....tel.....Medico

Richiedente.....ora.....

Richiesta per

☐ Trasferimento presso U.O.....P.O.....

☐ Prest/consulenza presso U.O.....P.O.....

Richiesta ☐ Urgente ☐ Ordinaria (da eseguirsi con personale infermieristico e/o di supporto dell'U.O.richiedente)

UTENTE

Cognome.....Nome.....

Luogo e data di nascita

Residente:.....via.....n.....

Diagnosi.....

Classi di rischio rispetto al trasporto del paziente (Eherenwerth)

☐ Classe I ☐ Classe II ☐ Classe III ☐ Classe IV.....

☐ Classe V

Medico U.O. richiedente.....

Rianimatore e/o Consulente presente.....

Timbro e firma leggibile Medico richiedente

Il presente modulo deve essere inviato esclusivamente al n. di fax del Pronto Soccorso

NB si ricorda che al momento della partenza l'utente deve aver firmato il consenso informato alla prestazione e al trasporto in ambulanza e deve essere disponibile con tutta la documentazione necessaria.

Allegato 2

MODULO CONSENSO INFORMATO AL TRASPORTO

Il sottoscritto (degente/esercente la potestà su minore/tutore del degente)

.....

Nato il.....a.....

DICHIARA

Di essere stato informato in modo chiaro e da me comprensibile, dal

Dr..... che per la patologia riscontrata e per

le condizioni cliniche correlate è opportuno il trasferimento/trasporto

presso il P.O.....di.....

per effettuare:

Di quanto prospettato sono stati spiegati:

☐ gli obiettivi

☐ i benefici

☐ gli eventuali rischi e le prevedibili conseguenze menomanti

Ciò premesso: ☐ acconsento ☐ non acconsento al trasferimento/trasporto

proposto

Data.....

Firma leggibile degente

Esercente potestà/tutore

Allegato 3

SCHEDA ACCOMPAGNAMENTO PAZIENTE

DATI TECNICI DELL'INTERVENTO

N.trasporto.....data.....

Ora presa in carico.....MedicoInfermiere.....

Trasportato da P.O.....a P.O.

Causa.....presi accordi con.....

DATI PAZIENTE

Cognome.....Nome.....M.....F.....

Data di nascita.....Residenza.....

☐ intubato ☐ respiro spontaneo ☐ O2l/m ☐ monitoraggio sat ☐ accesso

venoso ☐ monitoraggioECG ☐ nibp ☐

DECORSO

h	20	40	60	80	100	120	160	180	200
----------	-----------	-----------	-----------	-----------	------------	------------	------------	------------	------------

POLSO

PAS

PAD

O2 l/m

%Spo2

FR

GCS

MANOVRE E TERAPIE PRATICATE DURANTE IL TRASPORTO

MANOVRE	ORA	FARMACO	DOSE E SOMM.
RCP			
DEFIB			
IOT			
PACING			

COMPLICANZE E OSSERVAZIONI

CONSEGNA

Medico.....

Infermiere.....

data e ora.....

Chi riceve

14. CONCLUSIONI

L'Ospedale Versilia conta un bacino circa 164.000 abitanti che aumenta, per l'incremento della popolazione legato alla stagione estiva, a circa 492000. L'offerta dei posti letto si attesta su 401 unit . Pur trattandosi di un presidio ospedaliero di recente costruzione e con diverse discipline specialistiche   da considerare come ospedale Spoke non essendo dotato di neurochirurgia , chirurgia vascolare, chirurgia toracica ,cardiochirurgia e di un servizio di emodinamica per il trattamento delle coronaropatie in fase acuta. La posizione geografica e la sua vicinanza ai principali snodi autostradali rende piuttosto agevole il collegamento con i principali centri Hub limitrofi, nella fattispecie l'ospedale di Cisanello (Pisa), di Livorno ,l'OPA di Massa nonch , all'evenienza, ospedali pi  distanti. Nel 2012 e nei primi 6 mesi del 2013 sono stati effettuati 520 trasporti secondari in urgenza su un numero totale di accessi in pronto soccorso che , nello stesso periodo ,   risultato di 102.703 .

Svolgendo la mia attivit  professionale presso l' Uoc Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza ho notato che le istruzioni operative che nella mia Ausl guidano i trasferimenti secondari, contrastano con le normative nazionali e regionali che li regolamentano, prendendo in considerazione pi  l'aspetto organizzativo inerente il personale delle varie unit 

operative afferenti al DEU da coinvolgere rischiando di mettere in secondo piano, sia la sicurezza del paziente intesa come mantenimento di adeguati standards che garantiscano l'ottimale continuità nella qualità assistenziale ,sia quella professionale e giuridica del personale dedicato.

Con questo lavoro ho tentato di fornire uno strumento che permetta la più semplice e quantificabile valutazione di tutti gli aspetti: dalle condizioni cliniche del paziente, alle abilità e tutele del personale impegnato nonché alla necessaria pianificazione di una corretta comunicazione, tra il personale che attiva il trasferimento e il personale che lo accetta. Sarebbe inoltre auspicabile che in relazione all'attuale organizzazione sanitaria regionale che assegna alle Estav una sempre maggiore centralità, le stesse si dotino di protocolli che rendano sempre più condivisi ed omogenei i criteri che guidano i trasferimenti secondari.

15. RINGRAZIAMENTI

Desidero innanzitutto ringraziare il Professor Nicola Pagnucci per i preziosi insegnamenti durante i due anni di laurea magistrale e per le ore dedicate alla mia tesi. Intendo poi ringraziare il Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza dell'Ausl12 Viareggio la Coordinatrice Badalacchi Daniela, la particolare disponibilità del Coordinatore d'Area Riccardo

Marchetti , per avermi fornito testi e dati indispensabili per la realizzazione della tesi. Inoltre, vorrei esprimere la mia sincera gratitudine al Dr Matteo Ducci per i numerosi consigli durante la ricerca, a Pierluigi Casacci per essere sempre presente nella mia vita professionale e non , a lui devo la mia tenacia e determinazione.

Infine, ho desiderio di ringraziare con affetto la mia famiglia, mio Marito, per il sostegno ed il grande aiuto che mi hanno dato ed in particolare... per essermi stata vicino ogni momento durante questo periodo di lavoro.

16. BIBLIOGRAFIA

RACCOMANDAZIONE MINISTERIALE N° 11 Gennaio 2010 del
Ministero della Salute ovvero:

Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intra-ospedaliero, extra-ospedaliero):

1. DPR 27 marzo 1992 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza pubblicato sulla GU. n. 76 del 31/3/92 – Serie Generale.
2. “Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione al DPR del 27 marzo

1992” – G.U.R.I. n. 114 del 17 maggio 1996.

3. “Il trasporto intraospedaliero del paziente critico adulto: responsabilità ed interventi infermieristici” – Nursing Oggi n° 4, anno 2000.

Diritto dell'emergenza sanitaria” di Giuseppe Battarino, Giuffrè editore, edizione 2006.

“Imparare dagli errori” di Francesco Falli e Gianluca Ottomanelli, IPASVI La Spezia, dicembre 2005.

“Aspetti giuridici della professione infermieristica. Elementi di legislazione sanitaria” di Luca Benci, editore Mc Graw-Hill, quarta edizione del giugno 2005.

Società Italiana di Medicina d'emergenza Urgenza SIMEU Marche, area “Linee guida e procedure”.

Criteri clinico-organizzativi per il trasferimento del paziente critico nella rete dell'emergenza, linee guida per operatori - Agenzia di Sanità pubblica Regione Lazio.